

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-812629

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11535 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NASR NOUNA

Date de naissance : 17/05/82

Adresse :

Tél. : 060063993 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AJROUJ Hasnaa  
Psychiatre psychothérapeute  
345, étage 2 de La Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tél : 05 22 61 61 66

Date de consultation : 13/09/2023

Nom et prénom du malade : AYA TAFROUTE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° AA-215/2015

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/09/23        |                   |                       | Giratin                         | INP : 1111111295<br>091257295<br>Dr. A. J. Hasnaoui<br>Chirurgien-dentiste<br>2 rue de la Ceinture<br>Madinadi-CASABLANCA<br>03 22 61 61 69 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE GARAN<br>PROJET ANNASR VICTORIA<br>Ouled Saleh - Bouskoura<br>D. Elhichouj Abouelaziz - Tel : 0661 477 438 | 13-09-23 | 405,60                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

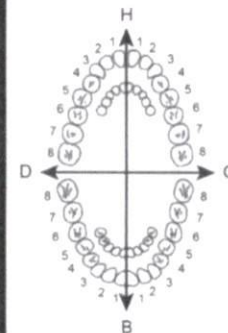
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

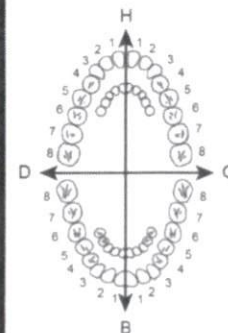
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. AJROUJ Hasnaa**

**Psychiatre - Psychothérapeute**

**Thérapie cognitivo - comportementale**

**Addictologie**

**Psycho-gériatrie**



**د. أجروج حسناء**

**طبيبة ومعالجة نفسانية**

**العلاج السلوكي المعرفي**

**علاج الإدمان**

**الطب النفسي للمسنين**

**ORDONNANCE**

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp séc b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

Casablanca, le : 13/09/23.

240,00 TAFROUTE AYA.

**PH. GARAN**  
N° : 1939  
Date : 14/09/23

① Seroplex 10mg



1/2

- 0

- 0 x 2 j

1

- 0

- 0 x 15 jours

pins

165.60 pins 1

- 0

- 1/2 x 1 mois

② Esphal 100mg

0

- 0



**PH. GARAN**  
N° : 1940  
Date : 14/09/23

- 1/2

et demi

m d'un mois, RDV le : 27/10/23.

405.60

Dr. AJROUJ Hasnaa  
Psychiatre - psychothérapeute  
345. étage 2 ad La Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tel : 05 22 61 61 66

**PHARMACIE GARAN**  
PROJET ANASSER-VICTORIA  
Ouled Saleh - Bouskoura  
El Hachimi Abbariz - Tel : 0661 417 488

345 شارع الحزام الكبير الطابق 2 الحي المحمدي - الدار البيضاء (أمام صيدلية القدس)

345, Bd la Grande Ceinture 2<sup>ème</sup> étage Hay Mohammadi - Casablanca ( en face Pharmacie Al Qods)

Tél : 05 22 61 61 66 - GSM : 06 75 74 38 24 - Email : dr.ajroujhasnaa@gmail.com

ACSEV00128-02

165160

POLYMÉDIC

**ESPERAL<sup>®</sup>** 100 mg

Quétiapine

**60**

COMPRIMÉS PELLICULÉS

VOIE ORALE